

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 141

Contribution à l'Etude
des Ostéites Tuberculeuses
de l'extrémité inférieure du Péroné
chez l'Adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Janvier 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Adrien VITTET

Né le 2 Janvier 1907, à LYON (Rhône)



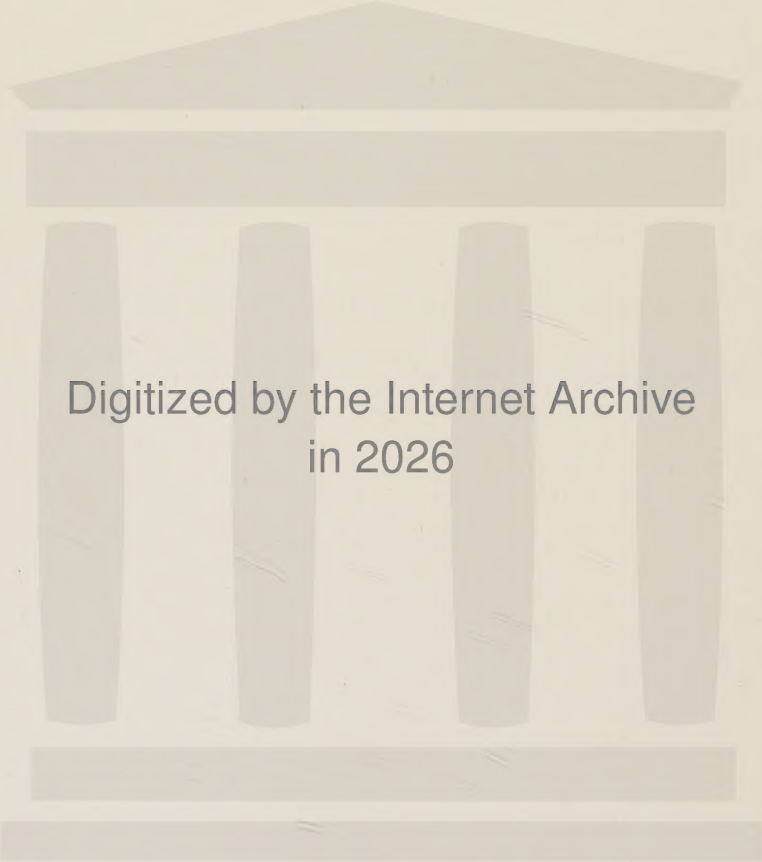
LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1933

Contribution à l'Etude des Ostéites Tuberculeuses
de l'extrémité inférieure du Péroné chez l'Adulte



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 141

Contribution à l'Etude
des Ostéites Tuberculeuses
de l'extrémité inférieure du Péroné
chez l'Adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Janvier 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Adrien VITTET

Né le 2 Janvier 1907, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé, chargé de cours)
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUANT
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAUD
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienné MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, *président*; SANTY, *assesseur*,
POLLOSSON et GUILLEMINET



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui témoignons ici notre respectueuse gratitude pour l'enseignement clair et vivant qu'il nous a donné dans son service à l'Hôpital.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a inspiré ce sujet de Thèse et nous en a fourni tous les éléments.

Nous garderons une profonde reconnaissance à ce Maître si aimable et si bienveillant qui nous a toujours réservé un excellent accueil au cours de ce travail.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES

A TOUS MES AMIS

Contribution à l'Etude des Ostéites Tuberculeuses de l'extrémité inférieure du Péroné chez l'Adulte

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Grâce à deux cas bien caractérisés que nous avons eu l'occasion d'observer, l'un dans la Clinique de M. le Professeur Tixier, à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'Hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le Professeur agrégé Santy, alors suppléé par le Docteur Pollosson, il nous a paru intéressant d'aborder l'étude des ostéites tuberculeuses de l'extrémité inférieure du péroné chez l'adulte.

L'un de ces cas a exigé une amputation de jambe. L'autre a permis une thérapeutique conservatrice qui a laissé une articulation tibio-tarsienne mobile et solide.

Nous dirons les raisons qui ont conduit à des conclusions thérapeutiques si opposées au premier abord.

Nous nous sommes autorisé à prendre comme sujet de notre thèse ce point spécial des ostéites juxta-articulaires pour deux raisons :

Tout d'abord la rareté relative de ces lésions. Per-

sonnellement nous n'avons pas trouvé d'observation schématique, tout au moins chez l'adulte.

D'autre part, il nous semble que ce point particulier pose un problème de chirurgie articulaire d'un intérêt considérable, d'autant que son histoire s'éclaire aujourd'hui de manière fort précise grâce aux images radiographiques précoces qu'on en peut avoir.

Peut-être est-ce même une des raisons qui a contribué à laisser dans l'ombre ces ostéites péronières. Elles ont surtout, avant la radiographie, été considérées comme une des manières de créer l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne.

Or il apparaît que, durant une longue période, elles restent indépendantes de l'articulation. De ce fait elles permettent, pendant le temps où elles conservent encore une autonomie localisée, une action thérapeutique limitée et efficace.

A la faveur d'une pièce d'amputation que nous avons pu étudier en détails, et d'une intervention qui a pu rester conservatrice, nous apportons la preuve de l'intégrité anatomique absolue des gaines des tendons péroniers voisins, de la pointe de la malléole, les lésions restant limitées au corps même de cette malléole, de l'articulation tibio-péronière et de l'articulation tibio-tarsienne.

Or cette anatomie pathologique domine les possibilités thérapeutiques puisqu'elle montre que pour un temps, il reste permis d'agir localement d'une manière limitée.

Les ostéites juxta-articulaires, c'est-à-dire celles qui sont placées tout à côté, tout contre l'articulation, ont

attiré sur elles l'attention des chirurgiens, particulièrement ces dernières années.

A Lyon, M. le Professeur Nové-Josserand et ses élèves Fouilloud-Buyat et Pouzet, dans de nombreux travaux, ont étudié les tuberculoses juxta-articulaires.

En 1922, dans la thèse de leur élève Yovanovitch, ils écrivaient cependant que parmi les innombrables publications parues sur la tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire, on en avait trouvé relativement très peu concernant les formes juxta-articulaires.

Nous renvoyons à cette thèse dans laquelle on retrouvera l'histoire de la question.

On doit à ce titre retenir les différents articles de MÉNARD, parus dans la *Revue d'Orthopédie*, 1894-1895 ; un travail de GANGOLPHE dans le *Lyon Médical*, 1896, et celui de LANCE dans la *Revue d'Orthopédie*, en 1901.

La thèse de Yovanovitch (Lyon, 1922), qui porte sur trente-quatre observations de M. le Professeur Nové-Josserand, observations suivies dans leur évolution et leur traitement, relate un seul cas (obs. XXIV) de lésion de la malléole externe, sans séquestre.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui présentait de légers symptômes articulaires. Deux interventions (curetage, évidemment avec tamponnement à la gaze de la cavité; plâtre) donnent en un an et demi une guérison avec conservation de tous les mouvements.

Un rapport à la Société Française d'Orthopédie de M. le Docteur Andrieu, de Berck, a repris en 1929 la question des ostéites juxta-articulaires dans leur ensemble,

Cet auteur écrit avoir volontairement réduit la bibliographie au minimum parce qu'en dehors des travaux du début de Victor Ménard, de Lance, puis de quelques thèses de Paris (Bonnel, Faleux, Chauveau, Guyot), de Lyon (Gouilloud, Yovanovitch), de Toulouse (Bonnetfous) et de l'excellent travail de Fouilloux-Buyat, il n'a été publié que des observations isolées et sans vue d'ensemble.

Depuis le rapport d'Andrieu, M. le Docteur Pouzet, à la Clinique de la Charité, s'est tout particulièrement attaché à l'étude des ostéites tuberculeuses juxta-articulaires (genou, coude, hanche), en apportant plus spécialement les résultats précieux de malades revus plusieurs années après leur guérison clinique.

En réalité, à considérer les choses de près, les ostéites juxta-articulaires ont avant tout été étudiées chez l'enfant et le jeune adolescent, et en vérité fort peu en ce qui concerne plus spécialement l'articulation tibio-tarsienne.

Les ostéites juxta-articulaires existent à tout âge, mais davantage chez l'enfant et surtout le jeune enfant.

C'est la conclusion de tous les auteurs qui se sont occupés de cette question.

Or chez l'enfant le problème est absolument différent. La présence du cartilage de conjugaison, le terrain, la possibilité de guérison par l'immobilisation seule créent un faisceau d'éléments qui éloigne singulièrement des conditions que nous voulons envisager chez l'adulte.

L'observation XXIV de la thèse de Yovanovitch est

absolument typique à ce point de vue. C'est la seule observation intégrale que nous ayons trouvée.

Dans le rapport d'Andrieu, il est fait état de 168 observations qui proviennent de l'Hôpital maritime, de l'Institut Hélio-Marin de Berck et des malades privés appartenant à Andrieu, Etienne Sorrel, Delahaye et Bouquier.

Sur ces 168 observations, on relève 9 ostéites à localisation péronière basse :

4 ont guéri sans arthrite et sans opération ;

4 ont guéri sans arthrite après opération ;

1 est portée en cours de traitement.

Là encore il s'agit d'enfants. Les observations, malheureusement pour nous, n'ont pu être publiées dans le rapport qui envisage les lignes générales et non les points particuliers.

En fait nous n'avons trouvé, ne correspondant à nos observations, que les lignes qui vont suivre. Nous les reproduisons intégralement. Elles sont à la page 543 du tome III du Traité des Résections d'Ollier.

Elles ont été écrites avant la radiographie, et avant les possibilités que donne aujourd'hui la chirurgie osseuse et articulaire aseptique.

En ce qui concerne le squelette et les articulations des membres, il suffit de chercher dans Ollier et on le trouve, a-t-on coutume de dire à Lyon.

Les lignes qui suivent justifient cette manière de voir. Encore y ajoutons-nous un défaut, celui de les extraire d'un ensemble, plus particulièrement du chapitre de la résection de l'articulation tibio-tarsienne,

Il faudrait pouvoir reproduire le chapitre entier. Il reste aisé de s'y reporter.

Voici le texte d'Ollier :

« *Résection de l'extrémité inférieure du péroné*
« *seul* : La résection de la malléole péronière et du
« renflement qui la surmonte n'aura pas, au point de
« vue orthopédique, les mêmes inconvénients que la
« résection de la partie correspondante du tibia ; car,
« dès que le plateau tibial est conservé, l'astragale
« trouve un point d'appui suffisant et ne peut remon-
« ter, mais il tourne en dehors et détermine un pied
« valgus quand l'ankylose tibio-astragaliennne ne s'ef-
« fectue pas, à moins qu'il ne soit reproduit une tige
« péronéale nouvelle avec un appendice malléolaire.

« Cette résection partielle du péroné était très grave
« autrefois, et nous avons vu la pyohémie survenir
« après l'ablation de la malléole externe dans les
« luxations traumatiques, et la tuberculose se conti-
« nuer dans l'articulation tibio-astragaliennne après la
« résection pour carie de la même malléole.

« Nous avons eu toujours de bons résultats après
« cette résection, dans les cas d'ostéite ancienne, à
« forme nécrotique; l'articulation déjà oblitérée par
« des adhérences protectrices ne se ressentait pas de
« l'opération et une ankylose solide tibio-astraga-
« liennne en était le résultat définitif. Nous avons tré-
« pané et évidé plusieurs fois la portion renflée de
« l'os, en creusant la malléole sans entrer dans l'arti-
« culation. C'est ce à quoi il faut se borner quand
« l'articulation est intacte. En pratiquant hâtivement
« cette opération, dans les ostéites épiphysaires ou

« juxta-épiphysaires des adolescents, on peut arrêter
« la propagation de l'inflammation vers les parties
« profondes. »

Nous reproduisons ici seulement ce qui se rapporte à l'extrémité inférieure du péroné. Nous aurons, au cours de notre travail, l'occasion d'invoquer bien souvent la manière de voir d'Ollier sur divers points qui touchent à notre sujet.

Il est certain, d'après le texte cité plus haut, qu'Ollier a observé chez des adolescents des cas analogues aux nôtres, mais malheureusement ses observations ne figurent pas dans son livre.

En plus nous voulons insister sur les renseignements précis fournis par la radiographie. La clinique conserve bien entendu ses droits. Ils sont intangibles. La clinique seule pèse de la valeur de chaque signe et du terrain qui les porte. Elle seule permet d'apprécier le résultat physiologique souvent bien différent de ce que ferait théoriquement prévoir des délabrements squelettiques et articulaires.

Mais néanmoins la radiographie permet de préciser les localisations exactes, de contrôler la marche des lésions avant et après les interventions, et de voir la manière du squelette dans ses réactions cicatricielles.

Elle permet avant tout un diagnostic précoce et c'est à la vérité le seul véritable intérêt des ostéites juxta-articulaires. Celles-ci n'existent en somme du point de vue pratique utile que considérées dans leurs débuts, puisque le temps leur enlève plus ou moins rapidement leur qualificatif précieux et en fait alors

des arthrites à point de départ juxta-articulaire. Et cela transforme immédiatement toutes les données du problème.

Il est donc bien acquis que, grâce surtout à la radiographie, certaines tuberculoses juxta-articulaires, celles tout au moins que la chirurgie aborde aisément du fait de leur localisation anatomique, sont justiciables d'une exérèse extra-articulaire.

Ces interventions conservatrices réalisent un des problèmes les plus intéressants de la chirurgie des articulations.

Elles sont très certainement destinées à un grand avenir dans le cadre à la fois si spécial et si varié de la chirurgie articulaire orthopédique.

Notre intention est d'aborder notre étude avec le plan suivant : Nous exposerons tout d'abord les notions anatomiques succinctes destinées à montrer la personnalité de l'extrémité inférieure du péroné avec son renflement, sa malléole et ses rapports avec les gaines tendineuses et les synoviales articulaires.

Puis après l'exposé de nos observations nous dirons l'étude anatomique et clinique qui nous permettra d'envisager le chapitre thérapeutique dans ses réalités et peut-être même dans ses possibilités théoriques nouvelles.

CHAPITRE II

Etude anatomique

Il n'est point dans notre intention de reprendre l'étude anatomique complète de l'articulation tibio-tarsienne, mais nous voulons simplement souligner ce qui caractérise la partie qui nous intéresse plus particulièrement, c'est-à-dire l'extrémité inférieure du péroné et les éléments qui l'entourent.

Nous dirons donc un mot de la malléole externe, de son cartilage de conjugaison, de sa projection par rapport à la synoviale tibio-péronière inférieure et tibio-tarsienne, de ses rapports avec les insertions ligamenteuses et les gaines tendineuses de voisinage.

L'articulation tibio-tarsienne forme un ginglyme serré constitué par une mortaise profonde du côté du tibia et du péroné.

La malléole externe descend à l'état normal à un centimètre environ plus bas que l'interne. Mais cette différence ne serait que la simple compensation d'une situation plus basse de l'extrémité supérieure du péroné par rapport au rebord articulaire des condyles du tibia. En fait le tibia et le péroné, considérés seulement dans leur mensuration, sont sensiblement de même longueur.

Mais cela ne donne pas une idée exacte de l'importance tout à fait prépondérante de la malléole externe, car la prédominance péronière est considérable au

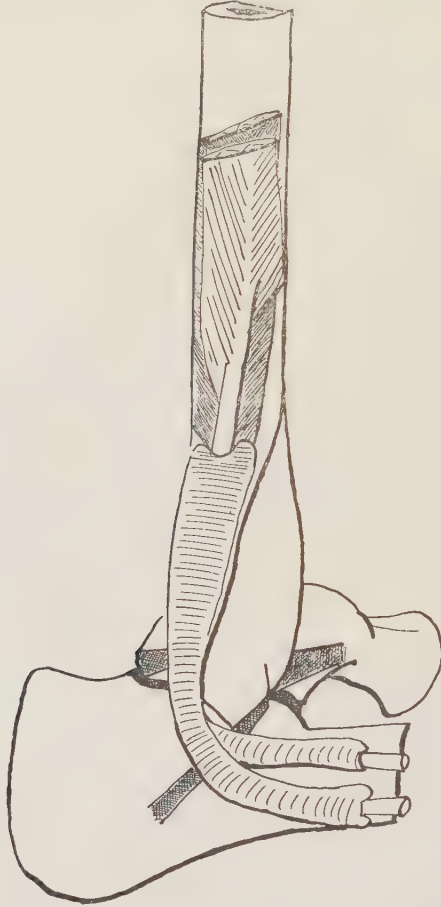


FIG. I. — Rapports de la malléole péronière.
(Se reporter pour les explications au chapitre anatomique.)

niveau du cou-de-pied, tout au moins en ce qui concerne les mors de la pince.

Le péroné en effet dans son quart inférieur, au-des-

sous de la crête des péroniers, arête qui limite en avant les tendons de ces muscles, montre un véritable renflement, un véritable corps qui domine la malléole proprement dite.

Sur une coupe frontale de l'articulation tibio-tarsienne, il est aisé de voir combien la malléole externe prend la part la plus grande. Il en va de même pour sa partie interne articulaire. La surface péronière recouverte de cartilage, en forme de pyramide à base triangulaire, descend bas sur la joue externe de l'astragale. Elle lui demande une large surface cartilagineuse triangulaire, tandis que en dedans la malléole interne borne son contact à une surface plus de moitié moindre. La joue interne de l'astragale limite en effet sa portion articulaire à une simple bande en forme de virgule à base antérieure.

Cette inégalité de surface des cartilages articulaires externe et interne correspond à une inégalité semblable dans l'étendue des rapports synoviaux, puisque la synoviale trouve ses insertions au niveau des limites des surfaces cartilagineuses.

Il faut encore ajouter du côté externe l'articulation péronéo-tibiale inférieure qui s'ajoute à la surface péronéo-astragalienne avec laquelle elle se continue.

La synoviale de l'articulation péronéo-tibiale inférieure n'est qu'un simple prolongement de la synoviale tibio-tarsienne. Ce prolongement s'insinue entre les deux os dans une étendue de cinq à six millimètres.

Anatomiquement on voit donc déjà les caractéristiques de l'extrémité inférieure du péroné. Elle est vo-

lumineuse. Elle présente en dedans une vaste correspondance articulaire péronéo-tibiale et péronéo-astragaliennne. Elle se profile entièrement sur les culs-de-sacs synoviaux de ces articulations.

Mais outre ces caractères, la malléole péronière montre anatomiquement une indépendance presque complète vis-à-vis des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne, et vis-à-vis des tendons voisins.

Si l'on suit la dissection de la face externe de l'articulation donnée par Dujarier, on lit la description suivante :

« La face externe de l'articulation est très importante ; car ici, comme dans toutes les trochlées, seuls les ligaments latéraux sont puissants. La capsule qui double la synoviale, est mince, sauf au niveau des trois ligaments qui viennent renforcer la capsule. Le ligament antérieur, encore appelé *ligament péronéo-astragalien antérieur*, est un ligament assez large, peu épais, bien qu'assez résistant, allant, du bord antérieur de la malléole péronière, jusqu'à la face externe de l'astragale, sur le corps de l'os, immédiatement en avant de la surface encroûtée de cartilage, sur la ligne de bifurcation postérieure du collier ; sur le péroné, les insertions sont immédiatement sous-jacentes à celle du ligament antérieur de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Ce ligament antérieur est facile à disséquer, formé de fibres parallèles, d'aspect resplendissant ; on l'appelle, en pathologie, ligament de

« l'entorse, car c'est lui qui est d'ordinaire lésé dans
« les entorses tibio-tarsiennes.

« Pour voir et disséquer les deux autres faisceaux
« du ligament latéral externe, il faut ouvrir la gaine
« des péroniers, et, après avoir rabattu leurs tendons,
« détruire la face profonde de leur gaine qui recou-
« vrent les ligaments ; le ligament moyen est un liga-
« ment transastragalien, on lui donne le don de *péro-
« néo-calcanéen* ; il s'insère sur le sommet de la mal-
« léole externe, ou plus exactement sur la portion
« tout inférieure du bord antérieur, au-dessous du
« ligament péronéo-astragalien antérieur ; son inser-
« tion débordé légèrement sur la face externe de la
« malléole ; de là, il se réfléchit sur la pointe malléo-
« laire et se dirige obliquement en bas et surtout en
« arrière, pour s'insérer sur la face externe du calca-
« néum, toujours très en arrière de la tubérosité ex-
« terne de cet os ; ce ligament assez résistant, est ar-
« rondi en corde.

« Le troisième ligament est visible par la face pos-
« térieure ; c'est le ligament *péronéo-astragalien pos-
« térieur*. Il s'insère dans le fond de la dépression
« située à la face profonde de la malléole, en arrière
« de la surface cartilagineuse ; de là, il se dirige ho-
« rizontalement en dedans pour se terminer sur le
« gros tubercule, qui limite en dehors la gouttière as-
« tragalienne du fléchisseur propre : le ligament pé-
« ronéo-astragalien postérieur est un fort beau liga-
« ment, formé par de puissantes fibres parallèles : de
« plus, c'est un ligament très épais ; pour juger de

« son importance, il faut sectionner d'arrière en avant
« toutes ses fibres.

« Il existe souvent, en arrière de la malléole ex-
« terne, des fibres péronéo-calcanéennes. Ces fibres,
« en général peu importantes, prennent, dans cer-
« tains pieds-bots, un développement considérable,
« formant le ligament péronéo-calcanéen postérieur
« de Bessel-Hagen. »

En somme ces ligaments si importants ne s'insèrent pas sur le corps de la malléole. Ils ne l'engainent en aucune façon, puisque le premier antérieur s'insère sur le *bord* antérieur de la malléole péronière, le deuxième sur le sommet de cette malléole externe ou plus exactement sur la portion tout inférieure du *bord* antérieur, le troisième enfin, dans le *fond* de la dépression située à la face profonde de la malléole.

Enfin la face externe du quart inférieur de la malléole est libre, sous-cutanée, superficielle puisqu'elle est limitée en haut par une crête osseuse nette qui borne le chemin des tendons des muscles péroniers et leur interdit un glissement sur la malléole même. Le rapport avec les gaines de ces tendons est évidemment très intime, mais il reste postérieur et inférieur.

Notre figure I montre ces particularités, et en vérité, elles sont encore plus marquées que sur ce schéma, puisque la crête des péroniers est plus haut située que nous ne l'avons marquée. Elle continue en réalité le bord antérieur du péroné dans son quart inférieur.

Nous cherchons en somme à souligner : la véritable personnalité de la malléole externe, vrai corps osseux

épais, superficiel, *entouré* en arrière et en bas par des tendons et leurs gaines, en rapport par ses *bords seuls* avec des insertions ligamenteuses, projeté en dedans seulement sur une surface articulaire et les culs-de-sacs synoviaux correspondants.

Ces caractéristiques anatomiques nous expliqueront l'évolution si spéciale à ce niveau des lésions tuberculeuses.

Quoiqu'elles envisagent surtout la question chez l'enfant, nous nous permettons de reproduire les lignes suivantes, prises dans le rapport d'Andrieu. Elles concernent les ostéites juxta-articulaires du cou-de-pied :

« L'épiphyse inférieure du *tibia* s'ossifie à 18 mois
« et se soude de 16 à 18 ans. L'épiphyse *péronière*
« inférieure n'apparaît pas avant 4 ans et se soude
« vers 19 ans. La *synoviale* tibio-tarsienne s'insère
« aux rebords exacts des surfaces articulaires tibiale
« et péronière. En avant elle pousse deux prolonge-
« ments de un centimètre l'un en dedans, l'autre en
« dehors des tendons extenseurs qui la brident. En
« arrière elle remonte légèrement de dedans en
« dehors et de bas en haut pour englober la tibio-
« péronière inférieure. Les os de la mortaise, par con-
« séquent, ne sont articulaires que par leur face re-
« gardant la jointure. Leur face superficielle est dé-
« gagée de synoviale et très accessible. Pas d'ostéite
« épiphysaire du péroné avant 4 ans. Le cartilage
« conjugal de cet os est exactement à la hauteur de
« l'interligne articulaire tibio-tarsien. »

Il resterait outre l'anatomie à aborder le problème

de la malléole externe au point de vue statique et orthopédique. Le tuteur malléolaire externe est indispensable, car sans lui l'astragale tourne en dehors et détermine un pied valgus. C'est là le fait primordial étudié par de nombreux auteurs à propos surtout des fractures bimalléolaires. Les travaux sont multiples. Nous voulons rappeler les principaux.

Dupuytren, dans ses leçons cliniques, en 1819, a longuement insisté sur le rôle du péroné dans la déviation du pied.

A Paris, Quenu, dans la *Revue de Chirurgie* de 1907, discute du rôle et de l'importance de la malléole externe dans la statique du pied.

A Lyon, Destot, dans la thèse de Billet, en 1913, et le *Lyon Chirurgical* de la même année, aborde le problème avec les premiers documents radiographiques.

La question est aujourd'hui absolument classique. La tuberculose péronière juxta-articulaire détruit soit partiellement, soit en totalité, l'os sur lequel elle évolue.

Le traitement à son niveau exige des exérèses plus ou moins larges. Il est indispensable de connaître les possibilités compatibles avec un fonctionnement satisfaisant de l'articulation.

Il faut connaître encore les lésions qui exigent de demander à une ankylose solide un résultat orthopédique favorable et celles qui conduisent dans un intérêt vital à une exérèse large, souvent même une amputation.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

*Ostéite tuberculeuse de la malléole externe.
Curettage, puis amputation.*

Mme C... Adrienne, 55 ans, entre dans le service de M. le Professeur Tixier à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, sur les conseils de son médecin, avec le diagnostic d'arthrite tibio-tarsienne.

Son père est mort à 48 ans, éthylique, ayant présenté durant des années un rhumatisme chronique déformant. Une sœur vivante présente également un rhumatisme déformant. Son mari est mort d'une attaque à 52 ans. Elle a une fille actuellement en bonne santé. Elle-même n'a pas présenté de maladies bien caractérisées. Elle se plaint de névralgies intercostales fréquentes et elle raconte une histoire digestive qui est étiquetée gastrite éthylique.

L'affection pour laquelle la malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 août 1925, a débuté il y a quatre mois environ par des douleurs vives de l'articulation tibio-tarsienne droite qui augmente de volume. Un traite-

ment au salicylate de soude ne donne pas d'amélioration sensible.

Deux mois après, l'articulation devient rouge et reste toujours douloureuse.

Devant la persistance des douleurs vives et l'absence d'amélioration, même avec le repos, la malade demande son hospitalisation.

A l'entrée, le 18 août 1925, la température est à 37°5.

Localement l'articulation tibio-tarsienne est augmentée de volume dans son ensemble. Cette augmentation siège principalement sur le côté externe de l'articulation, mais tous les tissus périarticulaires sont œdématisés.

Au niveau de la malléole externe on remarque une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine. La peau est rouge, luisante et un peu hyperthermique. La palpation décèle de la fluctuation. Les mouvements du pied sont possibles et non douloureux. La palpation un peu appuyée réveille quelques points douloureux au niveau du pourtour de la tuméfaction, plus spécialement au niveau du squelette de l'extrémité inférieure du péroné.

Examen pulmonaire. — Au sommet gauche, en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, la respiration est un peu saccadée avec quelques râles sous-crépitaux qui sont constants.

En avant, au-dessus et au-dessous de la clavicule, mêmes signes avec quelques râles sous-crépitaux secs expiratoires.

Au sommet droit, quelques râles sous-crépita-
nts et sous-claviculaires.

Au cœur : rien à signaler.



FIG. II, représentant la coupe de la pièce d'amputation
de notre Observation I

Examen du système nerveux : négatif.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Une ponction de l'abcès ramène un pus jaune clair, mal lié, sans odeur.

Les radiographies (face et profil) montrent une augmentation de volume de l'extrémité inférieure du péroné. Au niveau du renflement du péroné et de sa malléole, on note quelques taches décalcifiées, et une réaction périostique nette. Par ailleurs, le squelette est indemne et l'articulation tibio-tarsienne reste libre.

Le 25 août 1925, sous rachi-anesthésie on incise franchement sur l'abcès. Il s'écoule un pus d'aspect tuberculeux. Curettage de la malléole externe péronière et de l'extrémité inférieure du péroné. Plâtre.

Les suites immédiates ont été simples, mais malgré l'immobilisation il n'y a aucune tendance à la cicatrisation. La plaie persiste dans sa suppuration. L'état général est atteint. Etant donné l'âge de la malade, le danger de prolonger une immobilisation au lit, l'absence de réaction cicatricielle locale qui semble devoir aboutir progressivement à un envahissement de l'articulation tibio-tarsienne, et la persistance d'une large fistulisation, on décide l'amputation.

Le 9 décembre 1925, sous rachi-anesthésie, amputation de la jambe au tiers moyen avec lambeaux postérieurs. Drain. Plâtre.

Le 1^{er} février 1926, la cicatrisation est complète. La malade quitte le service.

Les examens de laboratoire pratiqués par le Docteur de Rougemont donnent les résultats suivants :

« La culture avec le pus recueilli par ponction est
« restée stérile.

« Il en a été de même de celle tentée avec les fragments recueillis au cours de l'opération (séquestre, bourbillon, pus).

« Par contre, le cobaye inoculé avec du pus retiré à la ponction par M. Pollosson est mort au bout de 24 jours avec une granulie péritonéale, une rate farcie de tubercules, et de gros ganglions lombaires où nous avons mis en évidence le bacille de Koch. »

Examen de la pièce. — L'examen de la pièce d'amputation (fig. II) montre les lésions suivantes :

« L'extrémité inférieure du péroné est dans son ensemble augmentée de volume. Sa section montre la caverne créée par le curettage au niveau du renflement inférieur du péroné.

« Les téguments adhèrent à ses bords. L'extrémité toute inférieure de la malléole est saine. Il persiste, entre les lésions d'ostéite péronière et l'articulation, une mince épaisseur d'os, mais cet os est gras, blanc et friable.

« En réalité la séparation d'avec l'articulation n'est plus constituée que par le cartilage articulaire du péroné. L'articulation tibio-tarsienne est encore complètement libre. Elle ne contient aucun épanchement. Les surfaces cartilagineuses du tibia, du péroné et de l'astragale sont nettes.

« Il n'y a pas d'envahissement des gaines des tendons péroniers.

« Dans son ensemble le squelette jambier et les os du tarse sont très décalcifiés. »

OBSERVATION II

Ostéite tuberculeuse de la malléole péronière droite. Curettage. Guérison.

Antoine B..., 28 ans, entre le 8 mars 1932 à l'Hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. le Docteur Santy, alors suppléé par le Docteur Pollosson. Cette hospitalisation est motivée par une fistule de la face externe de la cheville.

Dans ses antécédents, le malade signale qu'il a été soigné en juillet 1931 pour un point pleurétique qui l'obligea à garder le lit durant un mois et demi avec de la température. C'était une pleurésie du côté gauche. Elle n'a pas été ponctionnée.

Trois mois environ après cette pleurésie, il présente au niveau du tiers moyen de la jambe droite une tuméfaction, peu douloureuse, qui ne gêne pas la marche. Cette tuméfaction augmente progressivement de volume. A son niveau se forme un abcès qui s'ouvre spontanément et laisse échapper des grumeaux et un pus mal lié.

La fistule donne durant trois semaines environ, puis se cicatrise spontanément. Depuis elle est restée fermée et on note simplement à son niveau une petite cicatrice.

Quelques jours après la terminaison de ce premier abcès, des accidents analogues apparaissent au niveau de la face externe de la cheville. Un abcès assez volumineux se fistulise spontanément et décide le malade à se faire hospitaliser.

Par ailleurs pas d'antécédents particuliers. Il fait partie d'une famille de 10 enfants bien portants. Son père est mort accidentellement. Il est marié et père d'un enfant bien portant.



FIG. III.

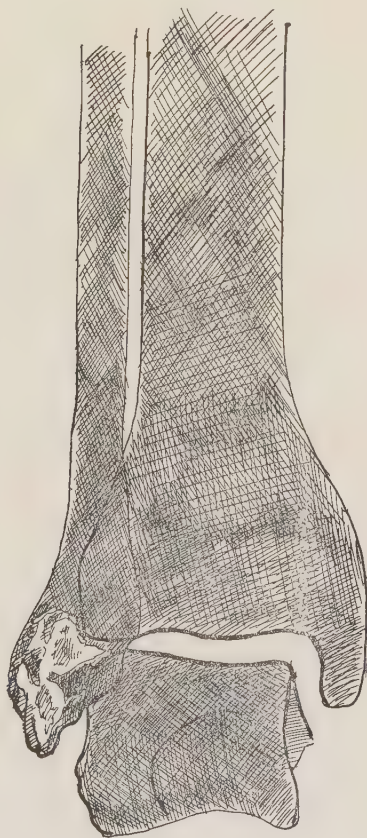


FIG. IV.

FIG. III. — Schéma de la radiographie de l'Observation II.

FIG. IV. — Schéma de la radiographie de l'Observation II.

A l'entrée : Homme présentant un état général médiocre. La température oscille entre 38° et $38^{\circ}5$. L'aus-

cultation ne révèle pas de lésions pleuro-pulmonaires évolutives.

Au niveau de la cheville qui, selon les dires du malade, aurait il y a trois ans souffert d'un traumatisme (entorse), on note un empâtement et la présence d'une fistule externe qui laisse s'écouler du pus mal lié en assez grande abondance.

A noter que le malade insiste sur la notion du traumatisme. En 1926, dans un accident d'automobile, il a présenté une contusion des deux pieds et depuis cette date il se plaint de souffrir souvent particulièrement dans la cheville droite.

A l'examen, l'empâtement de la région tibio-tarsienne droite est surtout marqué sur le côté externe, c'est-à-dire au niveau de la fistule qui siège sur la face externe de la malléole péronière et dans la gouttière rétro-malléolaire correspondante qui est complètement effacée.

Au premier abord on a l'impression d'une synovite des péroniers, car l'empâtement remonte sur le tiers inférieur de la jambe. La douleur à la pression est toutefois limitée à la malléole péronière. La pression sur le trajet des tendons péroniers ne fait point sourdre de pus par l'orifice de la fistule.

D'autre part, en suivant le trajet de ces tendons dans le pied, on ne note aucun empâtement de la plante du pied. L'intégrité de leur trajet est absolue. Enfin l'articulation tibio-tarsienne est respectée. Ses mouvements sont partiellement diminués, mais ils conservent une amplitude suffisante. Ils sont néanmoins douloureux.

Il existe de nombreux ganglions dans le triangle de Scarpa.

Une radiographie de face et de profil (voir fig. III et IV) montre des lésions osseuses, nettes et limitées à la malléole externe, sans atteinte du tibia et de l'astragale. Les lésions portent surtout sur la face externe et postérieure de la malléole.

Radiographiquement on note des lésions destructives et décalcifiantes, mais en arrière la malléole apparaît comme éclatée avec de petits îlots ossifiés aberrants.

On pourrait, à la rigueur, songer à une tumeur de la malléole et on a discuté sur le cliché la possibilité d'une tumeur à myéloplaxes.

En tous cas la face articulaire de la malléole est respectée. Il subsiste une épaisseur d'un demi-centimètre environ, qui sépare l'interligne articulaire de l'articulation tibio-tarsienne du foyer d'ostéite malléolaire.

La thérapeutique se limite au début à une immobilisation plâtrée avec une fenêtre permettant un traitement par les rayons ultra-violets.

Malgré cela, la température persiste, la fistule nécessite de par sa suppuration des pansements quotidiens, et on a l'impression que les lésions, non seulement ne rétrocedent point, mais persistent dans une évolution active.

Devant cet échec absolu d'un traitement par l'immobilisation et les rayons ultra-violets, continué durant un mois et demi, on décide une intervention à la fois exploratrice et curatrice.

Le 21 avril 1932 (Pollosson et Bréchet), sous anesthésie générale, par une incision le long de la gouttière rétromalléolaire externe, on découvre la malléole qui se montre envahie par le processus destructif.

Il s'agit bien de lésions d'ostéite tuberculeuse et rien ne permet de penser à une tumeur osseuse bénigne ou maligne. Malheureusement l'inoculation au cobaye n'a pu donner de renseignements confirmatifs, le cobaye étant mort dès les premiers jours.

A la curette on enlève approximativement le tiers inférieur de la malléole sans pouvoir se rendre compte exactement si dans la profondeur la curette est allée jusqu'à la joue externe de l'astragale, ou si au contraire elle a laissé subsister une petite coque osseuse malléolaire.

On a cependant l'impression d'avoir aperçu une petite portion du cartilage articulaire astragalien externe.

Les gaines des tendons péroniers ne sont absolument pas envahies. Il s'agit bien d'une lésion purement osseuse à point de départ malléolaire.

Excision et curettage du tissu lardacé et fongueux de la région. Thermocautérisation profonde et large. Mèche à l'alcool. On laisse tout ouvert. Plâtre.

Suites opératoires : Les douleurs, qui étaient restées violentes, ont cessé presque aussitôt. Les premiers jours, la température reste élevée entre 38° et 39°, mais bientôt elle tombe et le malade apyrétique, dort, mange et voit son état général s'améliorer rapidement.

Le premier pansement est fait le 23 mai 1932, c'est-à-dire un mois après l'intervention. La plaie est de bon aloi, saignante et bourgeonnante. L'articulation tibio-tarsienne est libre. Nouvelle immobilisation plâtrée.

Le 21 juin 1932, nouveau pansement et nouveau plâtre. La plaie présente toujours un aspect satisfaisant. Elle saigne abondamment et se comble de bourgeons.

Le malade est envoyé à Berck-Plage.

Une nouvelle radiographie (face et profil) faite sous plâtre avant son départ, montre une décalcification généralisée et très marquée des extrémités inférieures du tibia et du péroné, et des os du tarse postérieur.

L'articulation tibio-tarsienne est libre. Les lésions osseuses n'ont aucune tendance à l'extension. Il y a même un travail net de reconstitution de la malléole externe.

Nous avons tenté depuis d'avoir des nouvelles de ce malade. Etant donné son éloignement, plusieurs lettres sont restées sans réponse. Nous avons cependant, grâce à l'obligeance de M. le Docteur Merlent, de Berck, obtenu les précisions suivantes :

« Arrivé à Berck le 28 juin 1932. Le malade entre avec un appareil plâtré. Sous le plâtre suppuration abondante. Grandes plaques de pyodermite. Fistule à l'extrémité d'une cicatrice opératoire au niveau de la malléole péronière. Tibio-tarsienne libre. Sous-astragaliennne un peu limitée. Pied tuméfié dans son ensemble. Après quelques jours de nettoyage nouvel appareil plâtré, fenêtré. Cure solaire.

« En novembre 1932 la tuméfaction du pied a disparu. La tibio-tarsienne est entièrement libre. La fistule péronière persiste encore, mais très minime et avec une suppuration insignifiante. L'appui du pied se fait franchement, sans douleur.

« Le malade n'est pas encore autorisé à reprendre la marche, mais il donne l'impression d'une guérison complète avec excellent résultat orthopédique. »

CHAPITRE IV

Etude clinique

a) Symptomes

Cette étude envisagée du point de vue bien limité d'une ostéite localisée à la malléole péronière gardera fatalement un côté un peu théorique du fait de la rareté des observations publiées, nous pourrions même dire plus du fait de leur absence, car malgré nos recherches, évidemment incomplètes, nous n'en avons point trouvées. Du reste, le Docteur Pouzet qui, sous la direction de M. le Professeur Nové-Josserand, s'est tout spécialement occupé de la question, dit que les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires se voient à tout âge, mais restent un apanage de l'enfant, surtout du jeune enfant et surviennent spécialement au niveau du genou, puis du coude et de la hanche.

Il n'envisage donc pas le péroné dans son extrémité inférieure. Du reste nos recherches, en ce qui concerne la tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne, sont à ce sujet assez significatives. Le péroné est passé sous silence. Pour certains le début de cette tuberculose serait presque constamment synovial (27

fois sur 28 pour Münch). Pour Ollier et ses élèves un tiers seulement aurait une origine synoviale et pour Gangolphe les formes synoviales sont au moins aussi fréquentes que les formes d'origine osseuse.

Quoiqu'il en soit, les formes d'origine osseuse relèvent de lésions astragaliennes, presque toujours, tibiales parfois, mais le péroné est encore laissé de côté. Ollier, lui-même, qui signale cependant des lésions siégeant manifestement et exclusivement dans les extrémités inférieures du tibia et du péroné, répond à ceux qui lui reprocheraient de faire un sacrifice inutile en conseillant l'ablation de l'astragale, que cet os n'est jamais complètement sain dans les arthrites fongueuses suppurées du cou-de-pied et qu'il est dangereux de laisser un os dont les altérations retentissent toujours plus ou moins dans les articulations tarsiennes auxquelles il participe par sa tête et par sa face inférieure. C'est dire encore le rôle relatif qu'il accorde à l'origine malléolaire des lésions.

Thevenot, dans son livre sur la tuberculose articulaire, reste également silencieux en ce qui concerne les lésions de l'extrémité inférieure du péroné.

Si nous insistons sur cette absence de documents, c'est pour souligner la difficulté qu'il y a à préciser un tableau clinique.

Peut-être devra-t-il subir des modifications, mais il nous a néanmoins semblé que les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires péronières peuvent justifier une description à caractères assez nets.

Les notions d'ordre général interviennent là comme dans toute tuberculose. Les antécédents héréditaires

et personnels gardent une importance pratique considérable et méritent, pour être décelés, un interrogatoire minutieux. Grâce aux renseignements ainsi obtenus s'oriente souvent un diagnostic étiologique.

On ne saurait trop insister sur la notion d'une pleurésie antérieure. Notre observation II en est un exemple typique. M. le Professeur Tixier, dans son enseignement et dans ses publications, a souvent insisté sur la valeur capitale qu'il accorde à cette notion.

Enfin pour cette localisation particulière du membre inférieur, le traumatisme, si souvent invoqué, peut-être parfois d'une façon exagérée, semble prendre un intérêt véritable. Les entorses tibio-tarsiennes sont fréquentes. Sur un sujet imprégné de tuberculose elles jouent très certainement un rôle localisateur favorisant.

— Le début de l'ostéite juxta-articulaire revêt en général la forme douloureuse, douleur d'abord vague, augmentée par la marche, localisée souvent par le malade dans l'articulation et pour cela considérée comme une douleur rhumatismale.

— Le cou-de-pied présente habituellement un empâtement diffus plus prononcé sur le côté externe, effaçant la gouttière rétro-malléolaire de ce côté. Cet empâtement présente des caractères spéciaux : c'est un œdème assez localisé, remontant peu dans les loges de la jambe, ne descendant pas vers le pied, ni sur la face dorsale, ni dans la plante. Le fait est d'importance, car à le bien considérer, il permettra, comme nous le verrons, d'éliminer les envahissements

des gaines tendineuses voisines qui se présentent d'une toute autre manière.

— La palpation minutieuse permet, dès le début, de révéler à la pression localisée un point douloureux électif sur la face externe du renflement de la malléole. Il semble également, et ce n'est là que le reflet de la localisation périostique de la tuberculose, que très rapidement évolue dans la région un abcès. Il évolue à la manière habituelle et nous n'insistons point sur ses caractères cliniques. Néanmoins la fluctuation est nette. La région est déformée localement, parfois comme par une tuméfaction du volume d'une mandarine. Une ponction permet de retirer un pus bien caractérisé dont l'examen direct et l'inoculation préciseront la nature.

Cet abcès n'a pas de tendance à fuser vers la jambe et le pied. Il reste malléolaire externe et la peau mince de cette région qu'il distend et fait rougir, cède rapidement, laissant écouler son contenu. Ainsi est constituée une fistule tuberculeuse.

Un stylet qui explore est conduit sur l'os dénudé plus ou moins profondément, mais il n'a pas de tendance à glisser soit en haut, soit en bas comme cela se produit dans le cas de suppuration provenant d'une gaine tendineuse. Il n'enfonce point non plus dans la profondeur jusqu'à l'interligne articulaire.

— Les ganglions du triangle de Scarpa semblent précocement envahis. Ils le sont à plus forte raison et constamment lorsque la tuberculose s'est ouverte.

— Le siège externe de la fistule est caractéristique. L'ouverture fistuleuse n'est point postérieure, rétro-

malléolaire comme dans les synovites des péroniers latéraux. Elle n'est point non plus antérieure, dorsale, comme il en va souvent lorsqu'il s'agit d'une synovite fongueuse articulaire.

— Par ailleurs, s'il n'y a pas d'autre localisation tuberculeuse, l'état général est peu touché. La température n'apparaît guère que lorsque s'ajoute l'infection secondaire qui accompagne la fistulisation.

— D'autre part on reste frappé du fait que bien souvent les malades continuent à vaquer à leurs occupations. La marche, quoique douloureuse, reste possible, même souvent se continue avec un pansement placé sur l'orifice fistuleux.

— L'examen constate une liberté presque complète de l'articulation tibio-tarsienne. Celle-ci conserve l'amplitude de ses mouvements. Peut-être l'extension et la flexion sont-elles un peu limitées par une réaction hydarthrosique légère de voisinage, mais l'examen précis constate l'indépendance articulaire.

— En somme la déformation localisée externe, le point douloureux limité, malléolaire, la précocité de l'abcès, la fistulisation externe dont l'exploration conduit sur l'os et l'absence d'arthrite tibio-tarsienne sont des caractères qui permettent déjà, par l'examen clinique seul, un diagnostic positif.

— On ne saurait insister trop sur l'importance capitale de l'examen radiographique. La vulgarisation des examens radiographiques, dit le Docteur Pouzet, a permis d'individualiser beaucoup d'ostéites juxta-articulaires que l'on confondait jadis avec des ostéoarthrites.

Cet examen fait de face et de profil permet la localisation précise des lésions. Il montre la décalcification locale et la réaction périostique externe fréquente. Il permettra dans la suite de suivre l'évolution des lésions vers la profondeur. Cet examen radiographique est capital avons-nous dit. La tendance actuelle serait peut-être de lui accorder une valeur trop absolue. L'examen clinique tel que nous l'avons indiqué est l'adjuvant indispensable, car lui peut seul préciser l'étendue des lésions dans les régions voisines, l'envahissement ou l'intégrité de l'articulation ou des gaines des péroniers. Et ce sont là des faits absolument nécessaires à préciser car d'eux dépendent le pronostic et la décision thérapeutique.

b) Evolution

L'évolution anatomique locale paraît, au point de vue osseux, se faire de la superficie vers la profondeur. Notre pièce d'amputation de l'observation I est à cet égard absolument caractéristique. Les lésions superficielles périostiques au début s'abcèdent, se fistulisent, mais le processus tuberculeux creuse dans la malléole, la décalcifie, la séquestre et la disloque.

Quoique nous n'en apportions pas la preuve absolue puisque notre pièce d'amputation montre encore l'intégrité de l'articulation tibio-tarsienne, il n'en reste pas moins vrai que les lésions gagnent en profondeur vers l'articulation.

Il ne reste plus dans ce cas qu'une barrière bien

fragile constituée par la seule épaisseur de cartilage articulaire du péroné. Il est évident que cette bien faible frontière aurait rapidement cédé pour faire de cette ostéite une ostéo-arthrite suppurée et fongueuse.

Néanmoins, du point de vue évolutif il faut retenir trois caractéristiques :

1° L'évolution progressive de la superficie vers la profondeur qui laisse incontestablement un intervalle libre assez prolongé, des semaines et même des mois, avant l'envahissement de l'articulation.

2° L'intégrité des gaines des tendons péroniers. La suppuration superficielle qui trouve vite son chemin et se fistulise précocement explique cette indépendance entre les gaines et l'ostéite voisine.

Il est classique de considérer les synovites péri-articulaires comme le reflet fréquent de lésions articulaires sous-jacentes. Cette notion est vérifiée très souvent, particulièrement au poignet et au cou de pied, plus spécialement chez l'enfant, mais aussi chez l'adulte. Elle est trop bien fondée pour que nous ne voulions en rien soutenir le paradoxe de sa non valeur. Mais nous insistons pour dire que dans l'ostéite tuberculeuse péronière, avant que l'articulation tibio-tarsienne ne soit touchée, les gaines des tendons péroniers restent indemnes.

Dans nos deux observations ce fait est absolument vérifié. Sur la pièce d'amputation de l'observation I, les gaines périarticulaires ont toutes été disséquées. Elles étaient saines. Dans l'observation II, au cours de l'intervention, une gaine péronière a même été ouverte et refermée. Elle ne contenait aucune réaction

pathologique et l'évolution post-opératoire a démontré cette intégrité absolue.

En somme, à considérer l'évolution spontanée de cette ostéite, il semble qu'elle va d'abord en creusant jusqu'à l'articulation qu'elle envahit. L'atteinte des gaines tendineuses voisines, si tant est qu'elle doit se produire, serait réalisée secondairement, dans un temps ultérieur.

3° L'ostéite chez l'adulte évolue surtout dans le bulbe de l'extrémité inférieure du péroné. Elle paraît au début laisser libre de lésions l'extrême pointe de la malléole. Ce fait doit être retenu car il crée des possibilités thérapeutiques particulières.

Aux côtés de ces notions purement anatomo-pathologiques jouent ici, comme dans toute tuberculose osseuse, les notions de terrain et d'âge. Ce sont elles qui dominent le pronostic, les possibilités et les indications thérapeutiques. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans notre chapitre consacré au traitement.

Ces notions sont trop classiques pour qu'il faille ici les énumérer à nouveau. Elles ont été et elles restent vraies. Nous nous bornons à souligner qu'elles sont primordiales.

Nous nous autorisons quoique nous ne traitons pas de l'ostéite juxta-articulaire chez l'enfant, à transmettre l'impression de M. le Docteur Pouzet, à qui nous nous sommes adressé, ayant primitivement l'intention de traiter le sujet dans son ensemble. Il a eu l'extrême obligeance de nous donner aimablement son avis, et nous pensons ne pas trop le déformer dans les lignes suivantes :

« Tout d'abord les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires du cou de pied chez l'enfant sont rares.

On ne saurait comparer les lésions de l'adulte de celles de l'enfant, car elles ont une évolution tout à fait différente, et leur traitement pose des conditions orthopédiques différentes.

Les lésions chez l'enfant sont :

D'une part des ostéites de l'épiphyse elle-même qui forme la malléole ; d'autre part, les ostéites de la région métaphysaire.

Cliniquement, les ostéites métaphysaires se manifestent habituellement par des abcès froids.

Les ostéites de la malléole peuvent se manifester de la même manière, avec des douleurs ; une réaction articulaire de la tibio-tarsienne peut apparaître, et habituellement l'arthrite rétrocede avec la guérison de l'ostéite.

Des ostéo-arthrites peuvent évoluer secondairement, mais cette éventualité ne semble pas très fréquente.

Traitement : Les foyers enkystés sont justiciables de l'évidement qui active la guérison. Il s'agit d'opérations économiques qui n'altèrent ni la continuité de la métaphyse ni l'orientation de la malléole. »

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic positif se base en somme :

1° *Sur les clichés radiographiques.*

2° *Sur l'examen clinique.*

Nous avons montré dans nos observations ce que fournit la radiographie. On ne saurait trop insister sur la nécessité de la faire précocement, et en cas d'hésitation de la répéter pour suivre pas à pas la marche des lésions.

C'est grâce à elle qu'ont été dépistées bien des lésions juxta-articulaires. C'est grâce à elle que s'étendra dans l'avenir le domaine si fertile en résultats orthopédiques favorables de la chirurgie juxta-articulaire.

Cliniquement l'ostéite de la malléole péronière détermine au début, et pendant longtemps, des désordres limités à un seul côté de la jointure. La tuméfaction est unilatérale. La douleur répond à la malléole elle-même au lieu de siéger à la périphérie. Les mouvements de flexion et d'extension sont peu compromis. Ce sont là les éléments précieux que fournit l'examen.

M. le Docteur Pouzet résume de la façon suivante, très clairement et dans toute sa simplicité, les signes qui caractérisent le diagnostic d'une ostéite juxta-ar-

ticulaire : Ils peuvent se grouper en deux tableaux cliniques :

a) Dans une première éventualité un sujet souffre *au voisinage* d'une articulation qui est saine, et la radiographie montre une lésion osseuse ; ou ce sujet a un abcès froid, cas fréquent et simple, ou il n'en a pas.

b) Dans une deuxième éventualité, un malade a une articulation suspecte, mais quelques nuances font discuter l'existence d'une tumeur blanche banale. »

Il va sans dire que le diagnostic étiologique repose, s'il y a abcès, sur l'examen direct et l'inoculation au cobaye du pus retiré. S'il n'y a pas d'abcès les mêmes recherches seront effectuées sur les séquestres ou les fongosités retirées par un curettage.

Les réponses indiscutables lorsqu'elles sont positives restent parfois en suspens. Il faut alors les rejeter pour faire cesser des hésitations qui, jusque-là, faisaient errer le diagnostic.

Il reste cependant préférable d'être fixé au plus tôt sans attendre qu'une évolution désastreuse vienne donner une confirmation trop tardive.

Le *diagnostic différentiel* se pose aux diverses périodes et varie suivant que le mal se présente uniquement avec des douleurs articulaires, ou sous forme d'ostéite avec ou sans abcès, avec ou sans arthrite.

a) Si, comme il en va souvent au début, sont seules caractérisées les *douleurs articulaires* on doit éliminer :

L'arthrite rhumatismale aiguë par l'éclat de son

acuité, sa symptomatologie bruyante et l'efficacité souvent souveraine d'un traitement salicylé.

L'arthrite rhumatismale chronique et l'arthrite sèche, par ses poussées successives, ses craquements, sa forme polyarticulaire habituelle, ses images radiographiques à la fois destructives et constructives.

L'arthrite blennorragique par ses signes urétraux.

L'arthrite traumatique par son histoire, ses conditions étiologiques, la date de l'accident.

Du reste, il faut convenir que le traumatisme coexiste fréquemment, ou tout au moins est invoqué dans la tuberculose.

b) Si l'affection se présente comme une *ostéite pure*, sans arthrite et sans abcès, l'étiquette exacte est souvent fort difficile à placer.

Chez l'adulte devant une ostéite juxta-articulaire, il est classique de songer à la *syphilis*. On doit y penser toujours pour éviter de lourdes erreurs.

Il ne faut cependant pas lui accorder un droit de priorité absolue. Il nous souvient d'hésitations longtemps prolongées devant une ostéite olécranienne juxta-articulaire chez un homme de 25 ans, observé dans le service de M. le Professeur Tixier. Il s'agissait d'un Algérien syphilitique avéré. Un curettage léger avait abrasé les lésions osseuses et réalisé une mise à plat. Un traitement iodé et mercuriel semblait devoir conduire à une guérison aisée. Celle-ci ne se produisit pas. Des soupçons avaient conduit à inoculer un cobaye. Celui-ci fut tuberculisé très nettement, et des examens ultérieurs montrèrent la présence de bacilles de Koch. L'immobilisation pro-

longée et l'héliothérapie donnèrent cependant une guérison, acquise lentement. Il fallut plus de six mois pour l'obtenir mais elle fut complète, avec conservation de la fonction articulaire.

Si bien faut-il ne pas être trop systématique, et par ailleurs se souvenir qu'au membre inférieur le syphilis préfère le tibia.

L'ostéomyélite peut également donner le change, non pas tant l'ostéomyélite aiguë, très exceptionnelle chez l'adulte, mais certaine ostéomyélite chronique d'emblée. Encore est-elle rare aussi. La radiographie tranche souvent. L'ostéomyélite n'est point localisée aussi latéralement et superficiellement que l'ostéite tuberculeuse. De plus, elle n'est point comme elle décalcifiante.

Il est bien évident que dans des cas délicats, où s'ajoute encore la discussion de mycoses possibles, le diagnostic se doit de mettre en œuvre les laboratoires : Wassermann, examens directes, cultures répétées du pus, traitement d'épreuve.

Les ostéites sont encore difficiles à distinguer de certaines *tumeurs malignes ou bénignes* : ostéosarcomes, tumeurs à myéloplaxes.

Il est vrai que ces tumeurs sont rares sur la malléole externe. En général, une tumeur envahit en totalité l'extrémité osseuse. Elle reste indolore, et n'envahit pas de longtemps les ganglions de la racine du membre. Elle n'aboutit qu'exceptionnellement à la suppuration.

La palpation la montre dure, résistante, présentant parfois de la crépitation parcheminée. La radiogra-

phie aide beaucoup, mais dans les cas trop difficiles une ostéotomie exploratrice et une biopsie trancheront en dernière analyse.

Il est, du reste, clinique de rappeler que les tumeurs bénignes ou malignes se localisent sur le péroné avec prédilection, c'est presque une règle, sur l'extrémité supérieure.

c) S'il y a un abcès le diagnostic est déjà plus aisé. L'ostéite est presque certaine, et la radiographie apporte là une preuve en montrant, soit un foyer de décalcification légère, soit une réaction périostique, soit des lésions plus diffuses.

En tout cas, l'origine est ainsi mise en évidence et le problème très simplifié.

Il est cependant un cas plus malaisé : celui où l'articulation semble cliniquement indemne, et où cependant l'abcès est d'origine articulaire, mais formé aux dépens d'une synoviale cloisonnée.

Il faut savoir penser à cette éventualité, observée plus chez l'enfant que chez l'adulte.

D'une manière générale, la présence d'un abcès froid dans le voisinage d'une articulation qui ne paraît pas envahie, n'est pas en faveur d'une tumeur blanche. On doit aussitôt songer à l'ostéite juxta-articulaire.

d) Il existe encore des cas où il y a une *véritable réaction articulaire* avec limitation partielle des mouvements. S'agit-il d'une simple hydarthrose de voisinage ou d'une hydarthrose symptomatique. Nos observations et l'évolution anatomique des lésions en ce qui concerne la malléole externe démontrent que la

réaction de voisinage n'existe pas en tant qu'épanchement articulaire. On a plutôt l'impression que la complication articulaire s'établit lorsque s'est effondrée toute barrière, sous la forme alors d'une ostéo-arthrite caractérisée, arthrite fongueuse évidente qui s'impose à l'examen. L'ostéite juxta-articulaire n'a plus alors qu'un intérêt rétrospectif.

D'ailleurs, rien n'empêche dans les cas douteux de ponctionner l'hydarthrose, de mettre le malade au repos, de l'immobiliser en plâtre, de le revoir au bout de quelques jours à un moment où les phénomènes anormaux se sont un peu calmés.

La radiographie éclaire alors le diagnostic en montrant l'interligne articulaire de hauteur normale, à surfaces nettes, non ulcérées, et enfin la lésion elle-même juxta-articulaire.

De plus, la discordance entre les signes fonctionnels et les signes physiques sera un bon élément en faveur de la liberté de l'articulation.

Toutes ces questions de diagnostics différentiels soulèvent des problèmes qui mériteraient chacun un développement plus long. Nous les avons effleurés seulement pour en montrer les directives, qui sont les mêmes pour toutes les ostéites juxta-articulaires, quel qu'en soit le siège.

e) Nous avons à envisager en dernier lieu le diagnostic souvent délicat entre l'ostéite malléolaire, et les synovites des gaines tendineuses périarticulaires. Il mérite à notre sens une discussion plus serrée.

Voici une règle clinique utile : Tant que l'inflammation est limitée aux extrémités osseuses, on se rap-

pellera, ainsi que le fait remarquer Panas, que « quand la maladie débute par les parties molles, le gonflement domine la douleur, tandis que l'inverse a lieu toutes les fois que l'os est atteint le premier ».

Dans les ostéites épiphysaires ou juxta-épiphysaires, le maximum de la tuméfaction correspond aux extrémités des os ; il y a presque toujours un point précis, limité, où la pression éveille la douleur.

Dans la synovite des tendons du voisinage, lorsque la maladie est limitée aux gaines qui entourent l'articulation, le gonflement reproduit la direction et la disposition des gaines.

Lorsque la plupart des gaines qui entourent l'articulation sont envahies leurs lésions sont secondaires à une arthrite. C'est un précepte classique. Il est juste et dans la vérité de s'y soumettre. Il ne faut l'abandonner qu'après avoir fait la preuve formelle qu'il peut être rejeté. Ce doit rester le premier réflexe devant une synovite périarticulaire, que de songer à l'atteinte du squelette sous-jacent. C'est, du reste, quelquefois difficile à apprécier.

Mais ce n'est point là le cas qui nous occupe.

Nous avons déjà montré que les gaines dans les ostéites de la malléole externe restaient le plus souvent saines.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic peut se poser de la réalité d'une synovite de la gaine des péroniers latéraux, ou d'un simple empâtement qui la simule.

Or la synovite des péroniers latéraux est une affection qui paraît peu fréquente puisque Briens, dans sa

thèse, ne pouvait réunir que douze cas de synovite primitive.

C'est à ce titer que nous nous permettons de reproduire l'observation I de la thèse de Chandelux. Elle est absolument caractéristique.

A la lire de près, et il nous est d'autant plus aisé de la louer qu'elle ne nous appartient pas, on a en elle l'exemple d'une observation admirablement prise et minutieusement suivie.

On ne peut présenter meilleure description de la synovite essentielle des péroniers latéraux. A sa lecture, et en opposant son tableau à celui des ostéites malléolaires externes avec son empâtement spécial et son abcès, on trouve tout naturellement les éléments du diagnostic différentiel.

Voici cette observation dans son texte intégral :

OBSERVATION I

Synovite fongueuse des péroniers latéraux. — Raclage des fongosités. — Guérison.

(Recueillie dans le service du Docteur BOUILLY et publiée par LACAZE, interne, dans la *Gazette Médicale de Paris*, de 1881, p. 438.)

Berthe M..., polisseuse, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 juillet 1879, salle Saint-Augustin, numéro 8, dans le service de M. Cusco, suppléé par M. G. Bouilly.

Elle a eu dans son enfance une scarlatine et une fièvre typhoïde.

La menstruation s'est établie à l'âge de quatorze ans. Depuis cette époque, les règles se sont montrées assez régulièrement; mais, depuis trois ans, sans cause connue, elles sont devenues très peu abondantes, composées seulement d'un peu de sang pâle.

Cette malade ne porte pas de traces de scrofules, elle n'a jamais été sujette aux maladies d'yeux, et n'a jamais présenté d'engorgements ganglionnaires.

Depuis l'âge de la puberté, elle s'enrhume très facilement, surtout en hiver.

Elle n'est ni syphilitique ni rhumatisante.

Au mois de décembre 1878, elle commença à souffrir dans la région de la malléole externe; bientôt se montra du gonflement, la chaussure devint trop étroite. En même temps apparaissaient des troubles fonctionnels caractérisés par une certaine maladresse dans la marche, la malade se donna une série d'entorses légères.

Vers février et mars 1879, d'après les indications de la malade, le gonflement occupait toute la région de la gaine des péroniers latéraux; il n'y avait pas de changement de couleur à la peau. La douleur était très vive pendant la marche; elle se montrait aussi la nuit et se prolongeait vers le genou.

Le 14 mai 1879, elle entra dans un service de médecine (salle Sainte-Marie, numéro 33, à l'Hôtel-Dieu), pour une bronchite accompagnée de crachats striés de sang.

On traita l'affection du pied par l'application de ca-

taplasmes. La peau devint rouge : on fit une incision à la partie inférieure au-dessous de la pointe de la malléole ; il ne s'écoula que du sang.

Depuis lors, les fongosités se sont montrées par la plaie ; une perforation de la peau s'est faite spontanément à la partie supérieure du gonflement, à peu de distance au-dessus de la malléole.

On fit passer la malade en chirurgie le 29 juillet.

On la trouve dans l'état suivant :

La jambe droite est augmentée de volume à la partie inférieure ; la région antéro-externe du pied est le siège d'un empâtement très prononcé. De plus, on voit dans la région du péroné, une saillie assez appréciable. Cette saillie semble contourner la partie inférieure ; elle se rétrécit en arrière de la malléole, puis redevient diffuse et se confond avec le gonflement général des parties voisines.

La peau, dépouillée de son épiderme au-dessus du collet de la malléole, est rouge, violacée ; il existe deux perforations : l'une de 1 1/2 centimètres, siège à la partie inférieure de la malléole ; l'autre de 3 1/2 centimètres de diamètre, se voit au-dessus du collet de la malléole. Par ces orifices, dont les bords sont décollés et déchiquetés, font issue des fongosités d'aspect violacé.

La palpation donne la sensation d'un empâtement diffus de toute la région externe de la jambe ; en outre, au niveau des points les plus saillants de la tuméfaction, on sent une mollesse toute spéciale, une fausse fluctuation.

La pression sur le péroné est peu douloureuse. La

douleur provoquée paraît siéger surtout en arrière de la malléole, sur le trajet des péroniers latéraux. L'extrémité inférieure du péroné ne paraît pas augmentée de volume.

Les mouvements du pied, spontanés ou provoqués, ne sont pas douloureux ; vient-on à fléchir le pied et à le maintenir dans cette position, les contractions du long péronier latéral exécutées par la malade pour ramener le pied dans l'extension ne sont pas douloureuses. Les mouvements de torsion du pied en dedans ne provoquent pas non plus de douleur. On peut en conclure que si les gaines tendineuses elles-mêmes ont pu être le siège primitif des lésions, les tendons ont été en grande partie respectés, ce qui constitue un signe favorable pour le pronostic.

L'exploration par le stylet donne les résultats suivants : par chacun des orifices, on pénètre assez facilement jusque vers les limites des parties faussement fluctuantes ; on a la sensation d'une légère résistance vaincue, et l'on sent que l'on traverse les fongosités ; mais, en aucun point, on ne perçoit la sensation que donne un os dénudé ; le péroné paraît donc sain.

Tels sont les résultats fournis par l'exploration directe.

La malade ajoute que la marche est douloureuse, que la douleur est surtout prononcée la nuit, qu'elle est parfois lancinante et s'accompagne de temps à autre de spasmes musculaires qui déterminent dans le pied de véritables soubresauts, enfin qu'elle provoque l'insomnie.

Les fonctions digestives sont paresseuses, peu d'appétit.

Fonctions respiratoires : la malade tousse. Sommets douteux.

Opération, le 4 août 1879.

La malade étant endormie, on applique la bande d'Esmarch. Une incision au bistouri est commencée, au-dessous de la malléole qu'elle contourne, et continuée sur la région externe jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Les lèvres de la plaie étant relevées, on pénètre dans une sorte de foyer rempli d'un tissu analogue aux fongosités qui sortent par les points ulcérés.

Ces fongosités adhèrent à la peau, qui est amincie en plusieurs points, déchiquetée au bord des ulcérations. Peu adhérente, du reste, aux tissus fongueux sous-jacents, elle se laisse facilement décoller.

Les tissus fongueux ont une coloration blanc grisâtre ; ils sont mous, gélatineux, traversés par des vaisseaux sanguins qui, rompus en quelques points, ont donné lieu à de petites hémorragies interstitielles ; de là l'aspect violacé, noirâtre, que l'on trouve en quelques points. Vers la partie inférieure de la plaie, le tissu des fongosités, blanchâtre, est plus résistant ; il présente un aspect lardacé. A l'aide d'une rugine mousse, on parvient facilement à décoller la peau sur une étendue considérable. On constate ainsi que les fongosités s'étendent assez loin sur la face externe de la malléole, sur toute la région externe de la jambe, depuis le tendon d'Achille jusqu'à la crête du tibia en avant.

Par leur partie profonde, les fongosités adhèrent à l'aponévrose de la jambe, qui est perforée en plusieurs points au niveau des muscles péroniers latéraux. A la partie inférieure, après avoir enlevé les fongosités, on peut voir les tendons des péroniers, et surtout celui du long péronier latéral, glissant dans la gaine synoviale qui les entoure ; celle-ci est perforée à sa partie supérieure dans une étendue de 2 1/2 centimètres environ, et, par cette ouverture, on voit le tendon du long péronier dénudé, de couleur jaunâtre, et présentant un petit pointillé rougeâtre dans une étendue correspondant à la perforation de la gaine.

Sur tous les autres points, le tendon paraît sain, et il est très facile de constater, en imprimant des mouvements au pied qu'il glisse très facilement dans sa gaine.

Si donc il est possible, probable même, que la gaine ou le tendon aient été le point de départ des fongosités, il n'en est pas moins vrai que, dans ce cas, les tissus péritendineux et périsynoviaux ont été surtout intéressés. Si l'intérieur de la synoviale ne paraît pas altéré, il n'en est pas de même de sa couche externe qui paraît épaissie et très vasculaire, et sur laquelle les fongosités s'implantent directement.

Tnadis qu'on rugine peu à peu les fongosités, on les suit par les perforations de l'aponévrose jusque dans la loge aponévrotique des péroniers latéraux, et l'on peut ainsi, en ruginant, remonter jusque vers les insertions supérieures de ce muscle.

A l'aide d'une sonde cannelée, on perfore de de-

dans en dehors l'aponévrose et la peau, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe, dans la région externe, et l'on introduit un drain.

Après l'opération, on constate par le toucher et la vue que le péroné n'est nullement augmenté de volume et qu'il est indépendant du foyer de la lésion.

Nous sommes donc en présence, dans ce cas, d'une affection fongueuse qui a débuté probablement par la gaine tendineuse, ce que semblent prouver les troubles fonctionnels (maladresse de la marche, série d'entorses légères) observés au début ; mais elle a intéressé presque exclusivement la surface externe de la gaine. Les fongosités se sont propagées rapidement dans le tissu cellulaire voisin et ont envahi successivement, outre les couches sous-cutanées de la région externe de la jambe, le tissu cellulaire sous-aponévrotique de la loge des péroniers latéraux.

Les suites de l'opération ont été aussi bénignes que possible : pas d'hémorragie, pas de douleur excessive, pas de fièvre. Le thermomètre, à 37°6 le matin, n'a pas dépassé 38° le soir. Pansement avec la gaze trempée dans une solution phéniquée. Au huitième jour (22 août), la plaie est bourgeonnante, l'état général est satisfaisant. Néanmoins, la guérison demande quatre mois.

La malade fut revue le 6 novembre 1880, plus d'un an après son opération ; elle revenait consulter à l'hôpital pour une affection thoracique qui donnait les signes d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Du côté du pied, la guérison est parfaite ; l'attitude

est normale, les fonctions s'exécutent comme si rien n'avait été fait ; l'action et la résistance du long péronier latéral sont des plus manifestes. Il ne semble pas y avoir la moindre adhérence entre la cicatrice et les gaines tendineuses ; le résultat est excellent. Mais la malade a pâli et maigri ; elle est tourmentée par une oppression constante et une toux répétée, et il est bien à craindre qu'elle ne fasse de la tuberculose pulmonaire. »

b) Il nous reste encore un mot à ajouter sur le diagnostic des fistules. Il présente pour ces ostéites malléolaires un certain intérêt, car l'abcédation et la fistulisation, nous l'avons dit, sont précoces.

Le siège de l'orifice fistuleux a déjà une signification.

Dans les ostéites malléolaires l'abcès s'ouvre sur la face latérale externe, au niveau de la malléole même. Au contraire, dans les synovites ou dans les arthrites les fistules siègent soit en avant de l'articulation, soit en arrière dans la gouttière rétro-malléolaire, soit à distance au niveau des culs-de-sac des gaines tendineuses.

S'il s'agit d'une synovite tendineuse ulcérée, l'exploration faite au moyen d'un stylet à travers le trajet fistuleux, conduira l'instrument dans le sens de la gaine du tendon, sans lui faire rencontrer de surface osseuse dénudée.

Si l'articulation est prise, le stylet arrive parfois jusque dans l'interligne articulaire.

Lorsque la fistule provient d'une ostéite juxta-ar-

ticulaire de la malléole, le stylet arrive immédiatement et directement en contact avec l'os, et pénètre dans le foyer.

Parfois, cependant, en raison de la complexité des trajets, l'exploration au stylet est insuffisante. Une radiographie après injection de lipiodol, peut, en montrant le siège exact de la lésion, donner de très utiles précisions.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement sera envisagé du point de vue plus spécial et localisé de l'ostéite juxta-articulaire de la malléole péronière.

Pour l'aborder chez l'adulte dans ses possibilités et dans ses indications, certains faits sont à rappeler. Ils sont, en quelque sorte, à la base de cette discussion.

Ce sont d'abord, la localisation superficielle sur la face externe de la malléole de l'ostéite, puis sa marche progressive vers la profondeur, c'est-à-dire vers l'articulation, l'abcédation et la fistulisation précoces.

L'ostéite de la malléole trouve dans le bulbe de cet os un terrain mal défendu, car mal vascularisé. A ce niveau l'os est spongieux, blanc, souvent gras, décalcifié, et le processus d'ostéite condensante de défense est pour ainsi dire nul.

Cette évolution du processus tuberculeux conserve, avons-nous dit, pour un temps assez long, souvent des mois, l'intégrité de l'articulation voisine, des gaines tendineuses, des péroniers latéraux, et, parfois, d'une partie de la malléole, le plus souvent de sa pointe.

Il s'agit aussi de lésions parfaitement et aisément accessibles. Rien ne s'oppose anatomiquement à un accès facile.

D'autre part, elles ne semblent pas, comme chez l'enfant et dans certaines localisations profondes, avoir des tendances à s'enkyster et à évoluer par poussées successives avec des périodes de latence dans l'intervalle.

Le pronostic des ostéites juxta-articulaires réside presque tout entier dans la menace de la participation de la jointure voisine.

Ce pronostic est subordonné à l'étendue de la lésion, à son ancienneté, à sa tendance envahissante et à son accès opératoire.

Il faut ajouter, puisqu'il s'agit d'adultes où cela est encore bien plus vrai que chez les enfants, que ce pronostic est avant tout subordonné à la qualité du terrain qui porte ses lésions.

Le traitement des ostéites articulaires est conservateur ou opératoire.

On a coutume d'admettre que, lorsque la lésion exige pour être abordée des délabrements trop considérables, et fait courir des dangers d'inoculation opératoire pour l'articulation voisine, mieux vaut s'abstenir et attendre sous le couvert d'une surveillance à laquelle on associe des ponctions, une immobilisation plâtrée et un traitement général.

Dans les ostéites de la malléole externe il n'y a pas de doute. Le traitement est uniquement opératoire, et cela pour les raisons suivantes : chez l'adulte cette tuberculose ne guérit pas spontanément. L'opération évitera souvent la propagation articulaire et même si un curettage du foyer conduisait à blesser la synoviale, il ne se produirait pas fatalement une arthrite.

S'il s'en produit une, elle peut n'être qu'une arthrite plastique, laissant, il est vrai, une raideur ou une ankylose, mais d'un pronostic bien moins fâcheux qu'une arthrite tuberculeuse.

On a pu objecter que la chirurgie des tuberculoses exposait à la méningite.

Nous avons retrouvé dans les registres de la clinique de M. le Professeur Tixier, l'observation d'un homme de 26 ans, mort de méningite dans les jours qui ont suivi une opération de curettage pour une ostéite fermée de la diaphyse péronière.

Ce cas nous avait beaucoup impressionné car la localisation diaphysaire et l'intervention minime qu'elle avait entraînée semblaient devoir autoriser une guérison fort simple.

Malgré tout, la méningite post-opératoire est exceptionnelle. Le malade dont nous venons de retracer l'histoire a été opéré trois ou quatre jours après son entrée à l'hôpital. La localisation bénigne et peu étendue semblait permettre cela.

Il est préférable avant que d'opérer, d'immobiliser le membre atteint dans un appareil plâtré durant deux ou trois semaines au moins.

COMMENT PEUT-ON OPÉRER ?

Les interventions les plus simples sont les incisions suivies d'un curettage, fait la main légère, associé ou non à une thermocautérisation.

Le pansement à plat et l'immobilisation plâtrée prolongée sont absolument indispensables.

On a beaucoup discuté la question du traitement des cavités osseuses d'origine pathologique (Congrès Français de Chirurgie, 1908).

Faut-il, après désinfection de la cavité par le curettage, tenter son oblitération par des méthodes ostéoplastiques, ou par cette méthode, dite de choix, pour les cavités tuberculeuses, qu'est le plombage, en particulier le plombage iodoformé de Mosetig-Moorhof ?

Il ne paraît point qu'il y ait avantage à agir ainsi.

Il est certain cependant que les interventions doivent songer au résultat orthopédique ultérieur. Or le rôle de malléole externe est considérable dans la statique du pied, et son absence entraîne une déviation du pied en valgus.

Si bien que si les lésions exigent une résection large de la malléole externe, peut-on peut-être songer à la possibilité d'une greffe, soit par rabattement d'un fragment dédoublé du péroné sus-jacent, soit par apport d'un greffon prélevé sur le tibia.

L'intégrité, quelquefois constatée, de la pointe de la malléole autoriserait une fixation meilleure de la greffe. Il est bien évident que ces tentatives de greffes ne pourraient être autorisées que devant des lésions fermées sans infection secondaire. Elles semblent théoriquement séduisantes.

Ollier les conseillait, et il décrit le moyen de refaire ainsi les malléoles en cas d'absence de ces appendices. L'observation qu'il apporte à la défense de ce procédé a fourni un résultat remarquable durant plu-

sieurs mois, mais malheureusement la malléole transplantée, par la suite se résorba progressivement.

Il y aurait aujourd'hui, sous le couvert d'une asepsie meilleure, d'intéressantes tentatives à réaliser dans ce sens. L'intervention se permettant ainsi d'être à la fois curatrice et réparatrice.

Si, redoutant la greffe, mais redoutant aussi un mauvais résultat orthopédique, on veut cependant conserver un pied droit et solide, il semble que l'on puisse trouver dans l'arthrodèse tibio-astragaliennne un utile moyen d'obtenir une ankylose.

Ollier défend cette intervention qu'il juge, du reste, sur des cas pratiqués en Allemagne. Lui-même ne l'a pas faite, et il dit s'être toujours servi d'appareils de soutien, moulés sur le membre et réalisant ainsi une sorte d'arthodèse périphérique.

Il est bien certain que ces interventions, greffes et arthrodèses tibio-astragaliennes, réalisent théoriquement un idéal très souhaitable.

Malheureusement chez l'adulte, et devant un processus tuberculeux, les indications en resteront nécessairement très limitées.

En réalité, pratiquement, c'est au curettage des lésions que se borne le plus souvent l'opération et il faudra, avec un soin extrême, conserver le revêtement périostéo-capsulaire, afin d'aider à la reproduction d'une nouvelle malléole.

L'ultime opération, défaite thérapeutique, est dans l'amputation de jambe au tiers inférieur. Chez l'adulte âgé, ses indications restent encore fréquentes de nos jours, car chez lui les lésions tuberculeuses évo-

luent plus vite, et pour lui intervient au côté du pronostic orthopédique, la question de pronostic vital.

S'il faut désirer des cas précoces, fermés, avec bon état général, qui permettront des tentatives de greffes, il faut convenir qu'en réalité les indications thérapeutiques chez l'adulte se limitent pratiquement, et sont bien simplifiées.

Le plus souvent, le curettage et le thermocautère sont les armes employées. Il importe surtout et avant tout d'agir précocement, mais ceci est fonction d'un diagnostic tôt posé.

Au début, les lésions superficielles sont aisément enlevables. Les malades font bien les frais d'une cicatrisation et les résultats sont bons.

Mais, plus tard, surtout lorsque surviennent les infections secondaires qui trouvent dans les fistules précoces une porte d'entrée, le curettage se devra d'être plus large et plus profond ; ses résultats sont alors plus aléatoires.

Souvent les malades ne feront pas les frais de la cicatrisation. La suppuration persistante, la température, le mauvais état général exigeront une amputation itérative (obs. I), après une ou plusieurs tentatives de conservation.

Enfin, chez les adultes âgés, chez les malades à localisations multiples, présentant parfois des lésions pulmonaires évolutives, l'amputation est souvent indiquée précocement, de manière à éviter de trop longs séjours au lit, dans des milieux hospitaliers, peu propres à un rétablissement.

Enfin, il ne faut pas oublier que lorsqu'une ostéite

opérée est guérie, on n'a jamais la certitude d'une guérison définitive.

Comme le dit Andrieu, il faut encore conserver une sage circonspection quant aux conséquences futures. Il arrive parfois qu'une lésion paraissant définitivement disparue récidive au bout de plusieurs années, et envahisse alors la jointure jusque-là préservée.

Il faut se garder de formules trop absolues, mais on peut dire sans grands risques de se tromper que l'impression pour l'adulte est plutôt sombre.

Dans son rapport, Andrieu cite 9 cas d'ostéites juxta-articulaires siégeant sur l'extrémité inférieure du péroné.

4 ont guéri sans opération et sans arthrite.

4 ont guéri après opération sans arthrite.

1 est en cours de traitement.

Il s'agit, bien entendu, d'enfants.

En chirurgie d'adulte et plus spécialement pour le membre inférieur, nous devons être moins optimiste. Les chirurgiens d'enfants sont autorisés et sont fondés à parler d'évolution plutôt favorable. Ils peuvent discuter sur les nécessités d'opération, et les possibilités d'abstention puisqu'ils ont des guérisons spontanées. Il n'en va malheureusement pas ainsi lorsque les malades ont franchi, il est heureux même en cela, le jeune âge.

Et pour résumer, nous pouvons, pour l'adulte, mise à part les tentatives que nous avons proposées, dans les tuberculoses fermées, sans qu'elles aient été en-

core réalisées, conclure sans fausse honte comme le faisait Ollier en 1891.

« Nous avons, dit-il, trépané et évidé la portion ren-
« flée de l'os, en creusant la malléole sans pénétrer
« dans l'articulation. C'est à quoi il faut se borner
« quand l'articulation est intacte. En pratiquant *hâ-*
« *tivement* cette opération dans les ostéites épiphy-
« saires ou juxta-épiphysaires des *adolescents*, on
« *peut* arrêter la propagation de l'inflammation vers
« les parties profondes. »

CONCLUSIONS

— Il existe au niveau de l'articulation tibio-tarsienne une ostéite tuberculeuse juxta-articulaire qui siège au niveau de la malléole péronière.

— Notre travail se limite à l'étude de cette ostéite chez l'adulte.

— Les lésions siègent sur la face externe du corps de la malléole. Elles ont une tendance progressive à évoluer vers l'articulation, c'est-à-dire de la superficie vers la profondeur.

— La progression lente des lésions conserve pour un temps l'intégrité, de l'articulation tibio-tarsienne, de la pointe de la malléole et des gaines des tendons péroniers.

— Cette évolution dans sa lenteur progressive autorise l'étude radiographique précoce. Celle-ci réalise le meilleur guide tant au point de vue diagnostic que thérapeutique.

— Le diagnostic étiologique repose évidemment sur l'examen direct du pus et son inoculation au cobaye. On élimine ainsi toutes les ostéites d'autre nature.

— Le diagnostic aura à éliminer, et cela est délicat, d'une part la synovite des gaines des tendons péroniers, d'autre part l'envahissement de l'articulation tibio-tarsienne voisine.

Or il semble que ces deux éléments restent pour un temps hors d'atteinte directe.

— Le traitement est essentiellement chirurgical.

Il aura à peser les indications respectives, d'un simple curettage des lésions, de la résection malléolaire avec ou sans greffe, de l'arthrodèse tibio-astragalienne.

Cela de manière à éviter la défaite thérapeutique qui trouve son ultime indication dans l'amputation de jambe.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 6 Janvier 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- Ch. DUJARIER. — Anatomie des membres. Steinheil, édit., 1906.
- M. le Baron DUPUYTREN. — Leçons orales de Clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, 1839. Fractures de l'extrémité inférieure du péroné, page 275.
- OLLIER. — Traité des résections, 1891. De la résection de l'articulation tibio-tarsienne, tome III, page 497.
- CHANDELUX. — Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses. *Thèse de Paris*, 1883.
- LÉON THEVENOT. — La Tuberculose articulaire, Doin, édit., 1910. La tumeur blanche tibio-tarsienne, page 229. Les synovites des gaines du cou-de-pied, page 234.
- BRIENS. — Etude clinique sur les synovites tuberculeuses primitives de la gaine tendineuse commune des péroniers latéraux. *Thèse de Paris*, 1898.
- X. DELORE et CHALIER. — La tuberculose osseuse. Doin, édit., 1910.
- DESTOT. — *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1913 ; in *Thèse de Billet*, Lyon, 1913.
- QUENU. — *Revue de Chirurgie*, 1907 ; *Société de Chirurgie*, Paris, 1912.
- YOVANOVITCH. — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires. *Thèse de Lyon*, 1922.
- ANDRIEU. — Les ostéites juxta-articulaires. Rapport à la Société Française d'Orthopédie. Paris, octobre 1929.
- POUZET. — Considérations sur vingt-cinq cas d'ostéites tuberculeuses juxta-articulaires du genou. *Lyon Médical*, septembre 1929.
- Considérations sur les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires. *Annales des Médecins Praticiens de Lyon et du Sud-Est*, numéro spécial consacré à la Chirurgie infantile et à l'Orthopédie, mars 1930.
- La tuberculose du col fémoral chez l'enfant. *Revue de Chirurgie*, 1932, page 405.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre premier.</i> — Introduction	7
<i>Chapitre II.</i> — Etude anatomique	15
<i>Chapitre III.</i> — Observations	23
<i>Chapitre IV.</i> — Etude clinique	35
<i>Chapitre V.</i> — Diagnostic	45
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	61
Conclusions	69
Bibliographie	71

